



DIRECCIÓN DE ATENCIÓN A PERSONAS CON DISCAPACIDAD

RECIBO DE PAGO

Hemosillo Sonora a _____ de _____ del _____

Recibi del C. _____ la cantidad de \$ _____ por concepto de pago
_____ del usuario _____ inscrito en el centro de
capacitación ocupacional Manos a la Vida de DIF Sonora.

ATENTAMENTE

Nombre y Firma